ทะเบียนตรวจสอบเอกสารประกอบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข มาตรา 18(4) สปสช. เขต 7 ขอนแก่น

เลขคำร้อง.....ประเภทความเสียหาย.....

ชื่อ-สกุล(ผู้เสียหาย)..... ตำแหน่ง .....หน่วยบริการ.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....วันที่ทราบความเสียหาย.....วันที่สิ้นสุดการรักษา(กรณีวัณโรค).....

*** ต้องยื่นคำร้องภายใน 1 ปี นับจากวันที่ทราบความเสียหาย และผู้ป่วยอ้างอิงจะต้องเป็นผู้ป่วยสิทธิ UC / อปท. เท่านั้น ***

*** เอกสารหลักฐานเพื่อใช้ประกอบยื่นคำร้องและแนบในระบบ subsidy18 ต้องเป็น pdf เท่านั้น หากแนบแทนที่ไฟล์เดิมจะถูกลบ

*** กรุณาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนเอกสารประกอบยื่นคำร้อง เพื่อสิทธิประโยชน์ของผู้เสียหาย

ข้อ	รายละเอียดเอกสาร	ต้องมี	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	บันทึกข้อมูลในระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (Subsidy18) ให้เรียบร้อยก่อน จึงจะได้รับเลขที่คำร้อง	*	☐	☐	
1	**เอกสารประกอบการยื่นคำร้องเบื้องต้น (เอกสารฉบับสำเนา ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกแผ่น)**				
1.1	แบบฟอร์มการยื่นคำร้องฯ กรุณาบันทึกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง ระบุเหตุและความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยลำดับเหตุการณ์และรายละเอียดความเสียหายที่ได้รับอย่างชัดเจน กรณีมีบาดแผล ให้ระบุลักษณะบาดแผล (พร้อมภาพสีประกอบ) เช่น รอยฟกช้ำ ตำแหน่งบาดแผล ระบุวันสัมผัสกับผู้ป่วย และวันที่ยืนยันการติดเชื้อ ทั้งนี้ Timeline ต้องสอดคล้องกับเวชระเบียนและตารางเวร	*	☐	☐	
1.2	สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย)	*	☐	☐	
1.3	ตารางเวร/คำสั่งปฏิบัติงาน ได้แก่ บุคคลกรทางการแพทย์ เจ้าที่ที่เกี่ยวข้อง	*	☐	☐	
1.4	หนังสือคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติงานในพื้นที่จากผู้บังคับบัญชาของหน่วยบริการ (กรณี อสม เท่านั้น)		☐	☐	
1.5	กรณีนักศึกษาฝึกงาน หนังสือส่งตัวจากสถานศึกษา/หนังสือรับรองการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาในหน่วยบริการ/ตารางเวร		☐	☐	
1.6	กรณีลูกจ้างชั่วคราวปฏิบัติงานในหน่วยบริการ สำเนาเอกสารจ้างเหมา และตารางเวร		☐	☐	
1.7	เอกสารตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิข้าราชการ อปท. ที่ทำให้เกิดความเสียหาย		☐	☐	
1.8	สำเนาเอกสารบัตรคนพิการที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ หรือ เอกสารยืนยันทางการแพทย์ที่ระบุความพิการ (กรณีผู้ให้บริการพิการ)		☐	☐	
1.9	สำเนาใบมรณะบัตร(กรณีผู้ให้บริการเสียชีวิต)		☐	☐	
1.10	สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้ให้บริการเสียชีวิต)		☐	☐	
2	**เอกสารประกอบการพิจารณา**				
2.1	สำเนาเวชระเบียนของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย)	*	☐	☐	
2.2	สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิข้าราชการ อปท. (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)	*	☐	☐	
2.3	ใบรับรองแพทย์ของผู้ยื่นคำร้อง (ผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหาย)	*	☐	☐	
2.4	ใบรายงานการติดเชื้อ/รายงานการเกิดโรค/รายงานอุบัติเหตุจากการทำงาน/รายงานการสอบสวนโรค	*	☐	☐	
2.5	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผล CT SCAN/CHEST X-RAY/ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		☐	☐	
2.6	รายงานการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis หรือ RCA) ***ไม่แบบมาอนุกรรมการไม่พิจารณา***	*	☐	☐	
3	**เอกสารประกอบแต่ละประเภทความเสียหาย**				
3.1	**กรณีติดเชื้อวัณโรคปอด**				
3.1.1	ข้อมูลตรวจสุขภาพ CXR ย้อนหลัง 3 ปี ก่อนทราบความเสียหาย		☐	☐	
3.1.2	ผลการตรวจเสมหะ กรณีพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ		☐	☐	
3.1.3	ฟิล์มและผลการตรวจ X-RAY ปอดก่อนและหลังการรักษา		☐	☐	
3.1.4	ฟิล์มและผลการตรวจ CHEST X-RAY ปอดก่อนและหลังการรักษา		☐	☐	
3.1.5	ฟิล์มและผล CT SCAN (กรณีพบเชื้อวัณโรคจากการตรวจ CT SCAN) ก่อนและหลังการรักษา		☐	☐	
3.1.6	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าเอนไซม์ตับ		☐	☐	
3.1.7	ข้อมูลการรักษามีอาการข้างเคียงหลังรับประทานยา แพ้ยา หรือมีภาวะแทรกซ้อน (โปรดระบุในคำร้อง)		☐	☐	
3.1.8	ข้อมูลผลการตรวจรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค		☐	☐	
3.1.9	หากบุคคลในครอบครัวติดเชื้อวัณโรค ขอรายละเอียดผลข้างเคียงจากการรับประทานยาวัณโรคของลูก สามี บุคคลในครอบครัว ต้องรับประทานยาด้วยหรือไม่ระบุมาด้วย (โปรดระบุในคำร้อง)		☐	☐	
3.1.10	ผลยืนยันการตรวจเชื้อวัณโรคของผู้รับบริการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิข้าราชการ อปท. จำนวน 1 ราย (เชื้อTB 3+,2+)		☐	☐	
3.2	**กรณีติดเชื้อโควิด-19**				
3.2.1	ข้อมูล Tineline ก่อนตรวจถึงสิ้นสุดการรักษา(สัมพันธ์กับตารางปฏิบัติงาน)		☐	☐	
3.2.2	ผลการตรวจเสมหะ ผลการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		☐	☐	
3.2.3	ฟิล์มและผลการตรวจ X-RAY (กรณีพบเชื้อจากการ X-RAY)		☐	☐	
3.2.4	ฟิล์มและผล CT SCAN (กรณีพบเชื้อจากการ CT SCAN)		☐	☐	
3.2.5	ผลยืนยันการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้รับบริการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิข้าราชการ อปท. จำนวน 1 ราย		☐	☐	
3.2.6	สำเนาผลการสอบสวนโรคของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เจ้าหน้าที่ทางระบาดวิทยาสอบสวนเสร็จเรียบร้อยแล้ว		☐	☐	
3.2.7	ข้อมูลผู้ให้บริการที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-19 (โปรดระบุในคำร้อง)		☐	☐	
3.3	**กรณีถูกของมีคม เข็มตำ สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ผู้ป่วยที่มีเชื้อ HIV,ไวรัสตับอักเสบ และกรณีผู้ป่วยกัด**				
3.3.1	ผลการตรวจเลือดผู้ให้บริการ ครั้งที่ 1 (หลังจากเกิดเหตุทันที)	*	☐	☐	
3.3.2	ผลการตรวจเลือดผู้ให้บริการ ครั้งที่ 2 (หลังจากรับประทานยาต้านไวรัสครบ 28 วัน)	*	☐	☐	
3.3.3	ผลการตรวจเลือดผู้ให้บริการ ครั้งที่ 3 (หลังจากเกิดเหตุ 90-100 วัน)	*	☐	☐	
3.3.4	ผลการตรวจเลือดผู้ให้บริการ ครั้งที่ 4 (หลังจากเกิดเหตุ 6 เดือน)		☐	☐	
3.3.5	ผลการตรวจเลือดของผู้รับบริการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/สิทธิข้าราชการ อปท.	*	☐	☐	
3.3.6	กรณีรับยาต้าน มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียง (โปรดระบุในคำร้อง)		☐	☐	
3.4	**กรณีเจ้าหน้าที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย/อุบัติเหตุจากการให้บริการ**				
3.3.1	รูปถ่ายพิมพ์สี ลักษณะแผล รอยฟกช้ำ ร่องรอยของบาดแผล ความเสียหายที่เกิดขึ้น/เหตุการณ์ที่เกิด	*	☐	☐	
3.3.2	ระยะเวลาในการรักษาในหน่วยบริการ ระยะเวลาการพักฟื้น และฟื้นฟูร่างกาย		☐	☐	
3.3.3	แบบประเมินความเครียด (ST-5) กรณีมีผลกระทบด้านจิตใจ		☐	☐	

☐ เอกสารถูกต้อง ครบถ้วน

☐ เอกสารไม่ครบ ***ข้อตรวจพบและขอเอกสารเพิ่มเติม .....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสารหน่วยบริการ โรงพยาบาล.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....